

Síndrome de *Burnout* em Médicos de Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG, e Fatores Associados

Burnout Syndrome in Family Health Strategy Physicians in Montes Claros, MG, and Associated Factors

Síndrome de Burnout en Médicos de la Estrategia Salud de la Familia de Montes Claros, MG, y Factores Asociados

Ariadna Janice Drumond Morais^a
Cristiane Borborema Teles^b
Laryssa Ferreira Rocha^b
Marise Fagundes Silveira^a
Lucinéia de Pinho^c

^a Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. ariadnajanice@live.co.uk; ciaestatistica@yahoo.com.br

^b Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). Montes Claros, MG, Brasil. cris_borborema@yahoo.com.br; laryssarochha@gmail.com

^c Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES); Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIP-MOC). Montes Claros, MG, Brasil. lucineiapinho@hotmail.com (*Autora correspondente*)

Resumo

Objetivo: O estudo objetivou investigar a prevalência da síndrome de *Burnout* em médicos da Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, MG, e sua associação com estresse no trabalho, desequilíbrio esforço-recompensa e qualidade de vida. **Métodos:** Foi realizada uma pesquisa epidemiológica, quantitativa, telematizada, analítica e transversal. O questionário autoaplicável *Maslach Burnout Inventory* foi aplicado a 89 médicos para diagnóstico da síndrome. Os médicos também proveram dados sociodemográficos e preencheram os instrumentos *Job Stress Scale*, Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa e *WHOQOL-BREF* para identificação de condições de trabalho. As variáveis categóricas foram analisadas por distribuição de frequências. A associação entre variáveis de fatores de risco e presença de síndrome de *Burnout* foi realizada pelo teste de Qui-quadrado de Pearson. **Resultados:** Houve 100% de prevalência da síndrome de *Burnout* moderada nos médicos avaliados. Os escores das dimensões Exaustão e Despersonalização, constituintes do instrumento avaliativo da síndrome de *Burnout*, tiveram correlação positiva com alta demanda psicológica e profissional, alto desgaste e esforço, comprometimento excessivo ao trabalho e desbalanço na razão esforço-recompensa. Eles também se relacionaram a atributos de qualidade de vida, tais quais má condição física, social e ambiental. **Conclusão:** Medidas preventivas e interventivas devem ser tomadas para a diminuição do estresse laboral dos médicos avaliados, assim reduzindo a ocorrência da síndrome de *Burnout*.

Palavras-chave: Esgotamento Profissional; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Qualidade de Vida; Saúde do Trabalhador

Como citar: Morais AJD, Teles CB, Rocha LF, Silveira MF, Pinho L. Síndrome de *Burnout* em Médicos de Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG, e Fatores Associados. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2018;13(40):1-15. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13\(40\)1751](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc13(40)1751)

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
762.251 (UNIMONTES), aprovado em 22/08/2014.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
revisado por pares.
Recebido em: 14/05/2018.
Aprovado em: 01/08/2018.

Abstract

Objective: The study aimed to investigate the prevalence of Burnout syndrome in physicians of the Family Health Strategy at Montes Claros, MG, and the association with work stress, effort-reward imbalance and quality of life. **Methods:** Epidemiologic, quantitative, web-based, analytical and cross-sectional research. The self-administered questionnaire Maslach Burnout Inventory was applied to 89 physicians to diagnose the syndrome. The physicians also provided sociodemographic data and responded the Job Stress Scale, the Imbalance-Effort-Reward scale and the WHOQOL-BREF for identification of work conditions. The categoric variables were analyzed by frequency distribution. The association between variables of risk factors and the presence of Burnout syndrome was tested by the Pearson's chi-square test. **Results:** 100% of the physicians evaluated exhibited moderate Burnout syndrome. The scores for the Exhaustion and Depersonalization dimensions, which are components of the inventory for Burnout Syndrome assessment, were positively correlated with high psychological and professional demands, high strain and effort, excess commitment to the job and imbalanced effort-reward ratio. They were also associated with attributes of quality of life such as poor physical, social and environmental conditions. **Conclusion:** Preventive and intervention actions are required to decrease work-related stress of the evaluated physicians, thereby decreasing Burnout syndrome prevalence.

Keywords: Burnout, Professional; Family Health; Primary Health Care; Quality of Life; Occupational Health

Resumen

Objetivo: El estudio objetivó investigar la prevalencia del síndrome de *Burnout* en médicos de la Estrategia Salud de la Familia en Montes Claros, MG, y su asociación con estrés en el trabajo, desequilibrio esfuerzo-recompensa y calidad de vida. **Métodos:** Se realizó una investigación epidemiológica, cuantitativa, por medio de la web, analítica y transversal. El cuestionario autoaplicable *Maslach Burnout Inventory* se aplicó a 89 médicos para el diagnóstico del síndrome. Los médicos también proporcionaron datos sociodemográficos y llenaron los instrumentos *Job Stress Scale*, Escala Desequilibrio-Esfuerzo-Recompensa y *WHOQOL-BREF* para identificación de condiciones de trabajo. Las variables categóricas fueron analizadas por distribución de frecuencias. La asociación entre variables de factores de riesgo y presencia de síndrome de *Burnout* fue realizada por la prueba de chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** Hubo un 100% de prevalencia de la Síndrome de *Burnout* moderada en los médicos evaluados. Los scores de las dimensiones Agotamiento y Despersonalización, constituyentes del instrumento evaluativo del síndrome de *Burnout*, tuvieron correlación positiva con alta demanda psicológica y profesional, alto desgaste y esfuerzo, comprometimiento excesivo al trabajo y desbalance en la razón esfuerzo-recompensa. También se relacionaron con atributos de calidad de vida tales como mala condición física, social y ambiental. **Conclusión:** Se deben tomar medidas preventivas y de intervenciones para disminuir el estrés laboral de los médicos evaluados, reduciendo así la incidencia del síndrome de *Burnout*.

Palabras clave: Agotamiento Profesional; Salud de la Familia; Atención Primaria de Salud; Calidad de Vida; Salud Laboral

Introdução

O estresse no trabalho é um conjunto de reações físicas e emocionais prejudiciais que ocorrem quando as pressões ou exigências do labor não se igualam à capacidade, aos recursos ou às necessidades do trabalhador. Essas reações devem ser tratadas com seriedade, uma vez que podem causar doenças psicofisiológicas no trabalhador.¹

O estresse crônico ocupacional é conhecido como síndrome do Esgotamento Profissional ou síndrome de *Burnout*.² O termo *Burnout* foi utilizado pela primeira vez pelo psicólogo Freudenberg, em 1974, para definir um estado de exaustão física e mental ligado ao trabalho.² É uma síndrome que produz um estado de fadiga ou frustração crônico relacionado à condição emocional das pessoas em relação ao seu trabalho, modo de vida ou relacionamento e que ocorre devido à dedicação intensa a uma causa, que não produz o resultado esperado.³ Sendo um grave problema de caráter psicossocial, ela vem afetando trabalhadores em todo mundo.

O estresse ocupacional pode ser desencadeado pela ação conjunta de fatores intrínsecos ao trabalho e seu ambiente, como a falta de comunicação, o estilo de gestão, interferências burocráticas, ausência

de participação na tomada de decisões, dificuldade nas relações interpessoais ou ausência de uma política favorável à vida familiar.^{1,4-6} Estes fatores atuando a longo prazo contribuem para o adoecimento e aparecimento do estresse crônico.^{1,4-6}

A SB manifesta-se através das sintomatologias física, comportamental, psíquica e defensiva.⁷ Os sintomas apresentados são: fadiga constante, distúrbios do sono, falta de atenção, alterações da memória, ansiedade, negligência no trabalho, irritabilidade, baixa concentração, relações interpessoais conflituosas, absenteísmo, tendência ao isolamento e sentimento de impotência.^{1,3,7} A sobrecarga psíquica e tensional dos trabalhadores acometidos pelo *Burnout* é significativa e eles deveriam ser periodicamente avaliados para recuperação e preservação da sua saúde mental e física.^{2,8}

O esgotamento crônico também acomete profissionais da área da saúde, incluindo aqueles que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF).^{5,9,10} Este serviço é um dos principais pilares do SUS e caracteriza-se em expansão em todo o território nacional. Nos últimos anos a cobertura da população pela Saúde da Família no Brasil evoluiu de 50,9% (2008) para 53,4% (2013).¹¹ A boa saúde física e emocional dos profissionais na ESF, entre eles o médico, é um fator que pode impactar na qualidade do serviço.⁹

No contexto da ESF, os médicos estão expostos a diversos desafios e estressores laborais e, caso não utilizem estratégias de enfrentamento adequadas, ficam vulneráveis ao esgotamento profissional.^{5,6} O resultado é a baixa qualidade de atendimento, o aumento de erros médicos, processos judiciais e diminuição da capacidade de expressar empatia.^{4,6}

O *Burnout* é um problema que pode comprometer não apenas o trabalhador, mas também os usuários ESF. Apesar disso, essa afecção ainda é pouco conhecida, merecendo ser investigada por seu número, seriedade potencial e domínios que atinge.¹⁰ A investigação da SB em trabalhadores da saúde como integrantes do ESF é essencial para o diagnóstico precoce e planejamento de medidas preventivas e de promoção da saúde dos mesmos.^{2,6} Nesse sentido, o presente estudo investigou a prevalência da síndrome de *Burnout* em médicos de ESF no município de Montes Claros, MG, e avaliou sua associação com estresse no trabalho, desequilíbrio esforço-recompensa e qualidade de vida.

Métodos

Caracterização do estudo e da população

Trata-se de um estudo epidemiológico, quantitativo, telematizado, analítico e transversal de levantamento de dados. Foi desenvolvido no município de Montes Claros, MG, situado na mesorregião do norte de Minas Gerais. O município apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) médio de 0,770 e índice de Gini de 0,5391. À época do estudo, o município possuía 135 equipes de ESF, todas incluídas no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A população da pesquisa compreendeu todos os 122 médicos das equipes de ESF que atuavam na área urbana do município. Não foram incluídos médicos de zona rural, estrangeiros, com carga horária inferior a 40 horas e os afastados do trabalho. Entre os convidados para participar da pesquisa, 89 responderam os questionários.

Instrumentos e coleta de dados

Os dados foram coletados entre outubro de 2015 a fevereiro de 2016, por meio de um questionário *online*, enviado por e-mail aos profissionais. O questionário contemplava a avaliação da síndrome de *Burnout* - *variável dependente*, e as *características* sociodemográficas, ocupacionais e os fatores de riscos - *variáveis independentes*.

O perfil sociodemográfico e ocupacional foi avaliado por meio das variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e horas de trabalho. A síndrome de *Burnout* foi avaliada por meio do instrumento *Maslach Burnout Inventory*, constituído por 22 itens, que englobam as dimensões exaustão emocional (9 itens); despersonalização (5 itens) e realização profissional (8 itens).^{3,12} A forma de pontuação dos itens pesquisados adota a escala do tipo Likert que varia de zero a seis: (0) nunca, (1) uma vez ao ano ou menos, (2) uma vez ao mês ou menos, (3) algumas vezes no mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes por semana e (6) todos os dias. O escore do sujeito é computado pelo somatório dos pontos dos itens relativos a cada uma das dimensões.

Para o cálculo da síndrome de *Burnout*, foram utilizados os pontos de corte do estudo original de Maslach,³ com a avaliação dos três domínios que compõem a síndrome.¹² A dimensão “exaustão emocional” acima dos 27 pontos é considerada um nível de *burnout* elevado. Quando existem valores entre 16-26 é indicador de níveis médios e abaixo de 16 corresponde a níveis de *burnout* baixos. Para o quesito de “despersonalização”, as pontuações superiores a 13 representam níveis altos, de 7-12 moderado e inferior a 6 indica um nível baixo de *burnout*. Por fim, a “realização profissional” é oposta as dimensões anteriores, portanto, níveis maiores ou iguais a 39 pontos representam um acometimento baixo, entre 32 a 38 pontos um nível moderado e menor ou igual a 31 é um nível alto de *burnout*. Neste estudo, a presença de nível alto nas dimensões “exaustão emocional” e “despersonalização” e baixas pontuações em “realização profissional” caracterizou a síndrome de *Burnout*.

Para investigar as fontes geradoras de estresse e suas repercussões na saúde e nas relações sociais no ambiente de trabalho, utilizou-se a *Job Stress Scale*, criada por Robert Karasek,¹³ que propôs um modelo teórico bidimensional que relaciona dois aspectos (demandas e controle no trabalho) ao risco de adoecimento.¹⁴ A versão reduzida da *Job Stress Scale*, elaborada por Töres Theorell em 1988 e adotada neste trabalho, é composta por 17 questões divididas em 3 dimensões: demanda psicológica (5 itens), controle (6 itens) e apoio social (6 itens).¹⁴

A forma de pontuação dos itens do instrumento *Job Stress Scale* adota a escala do tipo Likert (1-4), variando entre “frequentemente” e “nunca/quase nunca”, ou entre “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. O aspecto demanda tinha como mínimo e máximo possíveis, respectivamente, 5 e 20 pontos, o controle, 6 e 24 pontos e o suporte (apoio social), 6 e 24 pontos”.^{14,15}

Os quadrantes demanda-controle foram definidos a partir da análise das dimensões demanda psicológica e controle sobre o trabalho e adotou-se a média como ponto de corte. Para a dimensão demanda psicológica, o grau “baixa demanda” (abaixo), ou “alta demanda” (maior ou igual à média) e para a dimensão controle o grau “baixo controle” (abaixo da média), ou “alto controle” (maior ou igual à média). A partir das dimensões da demanda (alta e baixa) e do controle (alto e baixo), definiram-se os quadrantes do modelo demanda-controle em alto desgaste no trabalho.

O modelo foi categorizado em quatro quadrantes: alto desgaste no trabalho (alta demanda psicológica e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda psicológica e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda psicológica e baixo controle) e baixo desgaste (baixa demanda psicológica e alto controle).^{14,15}

A avaliação do desequilíbrio entre o esforço realizado e a recompensa recebida no trabalho foi realizada por meio da Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa desenvolvida por Siegrist.¹⁶ Ela compreende 23 itens e é composta por três dimensões: esforço (6 itens); recompensa (11 itens) e excesso de comprometimento no trabalho (6 itens). “A escala possui 17 itens com respostas dicotômicas (discordo ou concordo): 6 itens relacionados a esforço extrínseco (com escore total de 5 a 30) e 11 itens relacionados a recompensa (com escore total de 11 a 55).

Ainda, para cada resposta “concordo” ou “discordo”, somam-se quatro opções em escala *likert* (1-4) que variam de “não estressado” a “muito estressado”. Os seis itens restantes contêm a dimensão de compromisso excessivo com o trabalho, com respostas em escala *likert* (1-4), indo do “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

O escore de cada dimensão da escala é calculado e utiliza-se a média como ponto de corte para classificação: esforço (alto/baixo), recompensa (alta/baixa), comprometimento excessivo (presente/ausente). O indicador Desequilíbrio Esforço-Recompensa foi calculado considerando a razão entre a média do escore do esforço dividido pela média do escore da recompensa. Os resultados foram categorizados em “equilíbrio” (valores ≤ 1) e “desequilíbrio” (valores >1).¹⁶

Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o questionário *WHOQOL-BREF* elaborado pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS com 26 questões.^{17,18} A primeira questão refere-se à qualidade de vida de modo geral, e a segunda à satisfação com a própria saúde. As demais questões estão divididas nos domínios: físico (sete itens), psicológico (seis itens), relações sociais (três itens) e meio ambiente (oito itens).¹⁷

As respostas às questões do *WHOQOL-BREF* são dadas numa escala *likert* com um intervalo de 0 (zero) a 5 (cinco), segundo a metodologia Whoqol. A equação sugerida pela OMS foi aplicada para a estimativa de escores de cada domínio. Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõem o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20”. Classificou-se cada um dos domínios do *WHOQOL-BREF* em satisfatório (maior ou igual à média) e insatisfatório (abaixo da média).^{17,18}

Análise dos dados

As variáveis categóricas foram descritas pela distribuição de frequências. Os escores das dimensões dos instrumentos *Maslach Burnout Inventory*, *Job Stress Scale*, Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa e *WHOQOL-BREF* foram expressos por estatística descritiva.

Testou-se a associação entre os indicadores da síndrome de *Burnout* (dimensões de Exaustão e Despersonalização do *Maslach Burnout Inventory*) e variáveis sociodemográficas e relacionadas ao tempo dedicado ao trabalho por meio do teste não paramétrico de Qui-quadrado de Pearson, com probabilidade de erro de 0,05.

Foi também estimada a magnitude da associação entre as dimensões Exaustão e Despersonalização do *Maslach Burnout Inventory* e os outros indicadores (*Job Stress Scale*, Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa e WHOQOL-BREF) com uso da regressão logística, adotando-se como medida de associação a razão de chances (OR), com intervalo de 95% de confiança. Os dados foram analisados utilizando-se o *software* estatístico *Statistical Package for the Social Sciences- SPSS*, versão 18.0 para Windows.

Considerações Éticas

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes (parecer de nº 762.251 de 15/08/2014), dentro dos parâmetros contidos na Resolução nº 466 de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Gestão Municipal de Montes Claros e assinaram um termo de concordância com a pesquisa. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos participantes e das informações, utilizados exclusivamente para fins científicos.

Resultados

Perfil da População

Participaram deste estudo 89 médicos da ESF, sendo a maioria do sexo feminino (71,9%) e jovem, com idade inferior a 30 anos (47%). Aproximadamente metade da população (49,4%) era casada ou vivia em união estável. Quanto à formação acadêmica, 52,8% dos profissionais possuía algum tipo de especialização (Tabela 1).

No relato sobre a jornada de trabalho, 88,8% dos médicos declararam cumprir até no máximo 40 horas semanais no turno diurno. A maioria não cumpria turno noturno (65,2%) e também não trabalhava nos fins de semana, seja em turno diurno (64,0%) ou noturno (84,3%) (Tabela 1).

Prevalência de síndrome de *Burnout* e fatores associados

Entre os médicos da ESF observou-se que 100% apresentavam nível médio de *Burnout*. Mais de 60% relataram altos níveis esgotamento nos domínios “exaustão emocional” e “despersonalização” (Tabela 2). O escore médio de “exaustão emocional” foi $29,2 \pm 5,6$, de “despersonalização” $13,9 \pm 3,8$ e de realização profissional $24,1 \pm 3,6$.

Na caracterização do estresse no trabalho pela *Job Stress Scale*, destaca-se a “alta demanda psicológica” em quase um terço da população, “baixo controle” em quase metade e “alto desgaste” em 19% da população. Nos quadrantes do *Job Stress Scale*, observou-se um predomínio de “baixo desgaste” e de “trabalho passivo” (Tabela 2). O escore médio de “demanda psicológica” foi $16,6 \pm 2,1$, o de “controle” $19,8 \pm 3,0$ e o de “suporte social” $18,8 \pm 3,4$.

Na escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa, as respostas de “alto” e “baixo esforço” para o trabalho e “comprometimento excessivo” não foram relativamente balanceadas. A média de “recompensa” foi classificada como acima da média e a “razão esforço-recompensa” abaixo da média, tendendo

Tabela 1. Variáveis sócio-demográficas e relacionadas as horas de trabalho dos médicos da Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros (n=89).

Variável	N	%
Sociodemográficas		
Sexo		
Masculino	25	28,1
Feminino	64	71,9
Idade		
Menos de 30 anos	47	52,8
30 a 39 anos	31	34,8
40 anos ou mais	11	12,4
Escolaridade		
Especialização	47	52,8
Graduação	42	47,2
Estado Civil		
Casado/União estável	44	49,4
Solteiro/Viúvo/divorciado	45	50,6
Horas de trabalho		
Horas diurnas semana		
40 h/semana	79	88,8
Mais de 40 horas/semana	10	11,2
Horas noturnas semana		
Não trabalha noturno	58	65,2
1h a 8h/semana	11	12,3
Mais de 8h/semana	20	22,5
Trabalho diurno final de semana		
Não trabalha	57	64,0
Trabalha	32	36,0
Trabalho noturno final de semana		
Não trabalha	75	84,3
Trabalha	14	15,7
Total	89	100,0

ao desequilíbrio em 43,8% da população (Tabela 2). O escore médio para “esforço” foi $8,4 \pm 1,3$, para “recompensa” $16,1 \pm 1,9$ e para “excesso de comprometimento” $15,4 \pm 2,8$.

Na avaliação geral da “qualidade de vida” 55,1% dos médicos foram classificados como abaixo da média (insatisfatória) nos âmbitos “físico”, “social” e de “ambiente”, com exceção do domínio “psicológico” (Tabela 2). O escore médio no âmbito “físico” foi $14,8 \pm 2,6$, no “psicológico” $14,5 \pm 2,6$, nas “relações pessoais” $14,9 \pm 3,1$, no “ambiente” $14,2 \pm 2,3$ e no “aspecto geral” $14,5 \pm 2,2$. O escore médio de “qualidade de vida” foi autoavaliado em $14,5 \pm 3,7$.

Não houve associação entre os indicadores de *Burnout* estimados pelo *Maslach Burnout Inventory* (dimensões “exaustão” e “despersonalização”) e variáveis sociodemográficas ou jornada de trabalho (Tabela 3).

Tabela 2. Respostas de médicos da Estratégia de Saúde da Família de Montes Claros (n=89) aos instrumentos *Maslach Burnout Inventory*, *Job Stress Scale* e Desequilíbrio-Esforço-Recompensa.

Variáveis	N	%
Maslach Burnout Inventory		
Exaustão emocional		
Nível Médio	32	36,0
Nível Alto	57	64,0
Despersonalização		
Nível Médio	35	39,3
Nível Alto	54	60,7
Realização profissional		
Nível Médio	01	1,1
Nível Alto	88	98,9
Síndrome de <i>Burnout</i>		
Nível Médio	89	100,0
Job Stress Scale		
Demanda psicológica		
Baixa demanda (↓D)	59	66,3
Alta demanda (↑D)	30	33,7
Controle sobre o trabalho		
Baixo controle (↓C)	44	49,4
Alto controle (↑C)	45	50,6
Quadrantes demanda-controle		
Baixo desgaste (↓D ↑C)	31	34,8
Trabalho passivo (↓D ↓C)	28	31,5
Trabalho ativo (↑D ↑C)	13	14,6
Alto desgaste (↑D ↓C)	17	19,1
Desequilíbrio-Esforço-Recompensa		
Esforço		
Baixo	40	44,9
Alto	49	55,1
Recompensa		
Alta	50	56,2
Baixa	39	43,8
Comprometimento excessivo		
Ausente	42	47,2
Presente	47	52,8
Razão esforço-recompensa		
≤1 (Equilíbrio)	50	56,2
>1 (Desequilíbrio)	39	43,8
WHOQOL-BREF		
Física		
Satisfatória	43	48,3
Insatisfatória	46	51,7
Psicológica		
Satisfatória	52	58,4
Insatisfatória	37	41,6
Relações Sociais		
Satisfatória	44	49,4
Insatisfatória	45	50,6
Ambiente		
Satisfatória	37	41,6
Insatisfatória	52	58,4
Qualidade de Vida Geral		
Satisfatória	40	44,9
Insatisfatória	49	55,1

Tabela 3. Associação entre frequência de Exaustão e Despersonalização com variáveis sociodemográficas e de jornada de trabalho.

Variáveis	Exaustão (%)			Despersonalização (%)		
	Média	Alta	p	Média	Alta	p
Sociodemográficas						
Sexo			0,323			0,573
Masculino	44,0	56,0		44,0	56,0	
Feminino	32,8	67,2		37,5	62,5	
Idade			0,282			0,194
Menos de 30 anos	29,8	70,2		34,0	66,0	
30 a 39 anos	38,7	61,3		38,7	61,3	
40 anos ou mais	54,5	45,5		63,6	36,4	
Escolaridade			0,200			0,130
Especialização	29,8	70,2		31,9	68,1	
Graduação	42,9	57,1		47,6	52,4	
Estado Civil			0,937			0,895
Casado/União estável	36,4	63,9		38,6	61,4	
Solteiro/Viúvo/divorciado	35,6	64,4		40,0	60,0	
Horas de trabalho						
Diurnas durante a semana			0,366			0,273
40 horas	30,2	69,8		45,3	54,7	
Mais de 40 horas	40,0	60,0		20,0	80,0	
Noturnas durante a semana			0,603			0,109
Não trabalha	39,7	60,3		46,6	53,4	
1 a 8 horas	27,3	72,7		36,4	63,6	
Mais de 8 horas	30,0	70,0		20,0	80,0	
Trabalho diurno final de semana			0,488			0,105
Não trabalha	38,6	61,4		45,6	54,4	
Trabalha	31,2	68,8		28,1	71,9	
Trabalho noturno final de semana			0,217			0,135
Não trabalha	38,7	61,3		42,7	57,3	
Trabalha	21,4	78,6		21,4	78,6	

Na relação entre as dimensões do *Maslach Burnout Inventory* e parâmetros da *Job Stress Scale* (Tabela 4), observou-se que foram associados à maior chance de “exaustão” os parâmetros “alta demanda psicológica” e “alto desgaste”, ambos com risco acima de 80%. E foram associados à maior chance de “despersonalização” os fatores “alta demanda psicológica”, “trabalho ativo” e “alto desgaste”, também com risco acima de 80%.

Na associação com os parâmetros da Escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa, maiores chances de “exaustão” e “despersonalização” foram associadas ao esforço maior ou igual à média. A “despersonalização” foi também associada a “comprometimento excessivo”. A razão esforço-recompensa maior que 1 foi associada às maiores chances de exaustão e despersonalização entre os profissionais (Tabela 4).

Todos os escores dos domínios e de “qualidade de vida geral” do WHOQOL-BREF mostraram associação significativa com a síndrome de *Burnout*, nas dimensões “exaustão” e “despersonalização”, exceto o domínio “psicológico” em relação à “despersonalização” (Tabela 4).

Tabela 4. Associação entre as dimensões Exaustão e Despersonalização (*Maslach Burnout Inventory*) e Estresse no trabalho, Qualidade de Vida e Desequilíbrio Esforço-Recompensa. Montes Claros, MG, 2015.

	Exaustão				Despersonalização			
	Média (%)	Alta (%)	OR (IC95%)	p	Média (%)	Alta (%)	OR (IC95%)	p
Job Stress Scale								
Demanda psicológica								
Baixa demanda (↓D)	44,1	55,9	1,0		52,5	47,5	1,0	
Alta demanda (↑D)	20,0	80,0	3,2 (1,1-8,8)	0,025	13,3	86,7	7,2 (2,2-23,2)	0,000
Controle sobre o trabalho								
Alto controle (↑C)	45,5	54,5	1,0		45,5	54,5	1,0	
Baixo controle (↓C)	26,7	73,3	2,3 (0,9-5,6)	0,065	33,3	66,7	1,7 (0,8-3,9)	0,242
Quadrantes demanda-controle								
Baixo desgaste (↓D ↑C)	51,6	48,4	1,0		58,1	41,9	1,0	
Trabalho passivo (↓D ↓C)	35,7	64,3	1,9 (0,7-5,5)	0,222	46,4	53,6	1,6 (0,6-4,5)	0,373
Trabalho ativo (↑D ↑C)	30,8	69,2	2,4 (0,7-9,5)	0,211	15,4	84,6	7,6 (1,4-40,3)	0,017
Alto desgaste (↑D ↓C)	11,8	88,2	8,0 (1,6-41,0)	0,013	11,8	88,2	10,4 (2,0-53,5)	0,005
Desequilíbrio-Esforço-Recompensa (DER)								
Esforço								
Baixo	55,0	45,0	1,0		62,5	37,5	1,0	
Alto	20,4	79,6	4,8 (1,9-12,2)	0,001	20,4	79,6	6,5 (2,5-16,7)	0,000
Recompensa								
Alta	25,6	74,4	1,0		28,2	71,8	1,0	
Baixa	44,0	56,0	0,4 (0,2-1,1)	0,073	48,0	52,0	0,4 (0,2-1,0)	0,058
Comprometimento excessivo								
Ausente	44,7	55,3	1,0		57,4	42,6	1,0	
Presente	26,2	73,8	2,3 (0,9-5,6)	0,070	19,0	81,0	5,7 (2,2-14,9)	0,000
Razão esforço-recompensa								
≤1 (Equilíbrio)	22,0	78,0	1,0		22,0	78,0	1,0	
>1 (Desequilíbrio)	53,8	46,2	0,2 (0,1-0,6)	0,002	61,5	38,5	0,2 (0,1-0,4)	0,000
WHOQOL-BREF								
Física								
Satisfatória	55,8	44,2	1,0		62,8	37,2	1,0	
Insatisfatória	17,4	82,6	6,0 (2,3-15,8)	0,000	17,4	82,6	8,0 (3,0-21,4)	0,000
Psicológica								
Satisfatória	48,1	51,9	1,0		46,2	53,8	1,0	
Insatisfatória	18,9	81,1	3,9 (1,5-10,6)	0,005	29,7	70,3	2,0 (0,8-4,9)	0,118
Relações Sociais								
Satisfatória	54,5	45,5	1,0		50,0	50,0	1,0	
Insatisfatória	17,8	82,2	5,6 (2,1-14,6)	0,000	28,9	71,1	2,5 (1,1-5,9)	0,042
Ambiente								
Satisfatória	51,4	48,6	1,0		56,8	43,2	1,0	
Insatisfatória	25,0	75,0	3,2 (1,3-7,8)	0,011	26,9	73,1	3,6 (1,5-8,7)	0,005
Qualidade de Vida Geral								
Satisfatória	55,0	45,0	1,0		57,5	42,5	1,0	
Insatisfatória	20,4	79,6	4,8 (1,9-12,1)	0,001	24,5	75,5	4,2 (1,7-10,3)	0,002

As diferenças significativas ($p < 0,05$) são destacadas em negrito.

Discussão

Resumo dos principais achados do estudo

Neste estudo os médicos da ESF do município de Montes Claros, MG, avaliados apresentaram a síndrome de *Burnout* em um grau moderado. Os indicadores da síndrome de *Burnout* (dimensões “exaustão” e “despersonalização”) foram associados com alta demanda psicológica e profissional, alto desgaste e esforço, comprometimento excessivo ao trabalho e desbalanço na razão esforço-recompensa. Os atributos de qualidade de vida também foram associados à síndrome de *Burnout*. Não foi observada associação entre os indicadores de *Burnout* e variáveis sociodemográficas e de jornada de trabalho dos profissionais.

Fortalezas e limitações do estudo

Este estudo contribuiu para avaliação da saúde mental de médicos no cenário da ESF. Os resultados obtidos podem subsidiar medidas para promoção da saúde do trabalhador no município. Os resultados devem ser considerados à luz de algumas limitações. O delineamento transversal impossibilita a relação de causalidade entre as variáveis. Deve-se considerar o contexto local de atuação das equipes de ESF, o que dificulta a generalização dos resultados. As perdas de profissionais podem ter influenciado os resultados finais e subestimado a prevalência de sofrimento ocupacional encontrada, ainda que tenha sido alta.

Comparação com a literatura já existente

As taxas de prevalência da síndrome de *Burnout* em médicos de família na literatura variam entre 34,8% a 85,7%.^{5,11,19-21} Em um estudo nos Estados Unidos foi observado que mais que 50% dos médicos especialistas em medicina de família apresentaram a síndrome de *Burnout*.²⁰ Em Portugal, a prevalência de *Burnout* foi 46,9% nos residentes de Medicina Geral e Familiar (MGF).²¹ No Brasil, em avaliação da síndrome de *Burnout* em Profissionais da Estratégia Saúde da Família, detectou-se em 56,67% dos médicos.¹⁰ No presente estudo foi observado 100% dos médicos acometidos com *Burnout* em grau moderado. Além disso, os médicos apresentaram altos percentuais de risco para “exaustão emocional” e “despersonalização”, o que pode comprometer a qualidade dos serviços prestados e no vínculo desses profissionais com a comunidade.

A causa do desenvolvimento da síndrome de *Burnout* é multifatorial e está relacionada a fatores tanto individuais quanto laborais.^{1,3} No presente estudo os dados demográficos não foram associados à síndrome de *Burnout*. Dos Santos et al.²¹ e Cubillo et al.¹⁹ em Portugal e Espanha, respectivamente, também mostraram a ausência da correlação entre dados demográficos e a síndrome. Já Martins et al.¹⁰ e Silva et al.²², no Brasil, ao avaliarem os profissionais vinculados à Atenção Primária à Saúde, verificaram que aqueles mais jovens possuíam maior risco da síndrome de *Burnout*.

Entre as características laborais, a jornada de trabalho pode ter influência na síndrome de *Burnout*, visto que turnos com mais de 48 horas por semana expõem os trabalhadores a riscos potenciais à saúde.²³ No entanto, 88,8% da população estudada trabalhava dentro do limite de 40 horas semanais, e não houve relação desse fator com o desenvolvimento da síndrome. A jornada de trabalho na ESF com limite de

40 horas semanais ou menos é recomendada²⁴ e adotada em vários países,²³ podendo inclusive ser um fator protetor ao aparecimento da síndrome de *Burnout*.⁵

Observou-se também, um índice significativo de “trabalho passivo” obtido nas avaliações pela *Job Stress Scale* (28% da população), o que junto ao alto índice de “comprometimento excessivo”, expresso pela escala Desequilíbrio-Esforço-Recompensa (47%), sugere que os profissionais avaliados adotam um modelo de trabalho chamado “taylorismo”.

Esse modelo se baseia na repetição de tarefas, divisão das mesmas entre formuladores e executores, estabelecimento de metas de produtividade, dificuldade na comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos e cobrança entre pares.^{25,26} Com a regulação do desempenho dos médicos, o taylorismo pode gerar um sentimento de frustração e impotência nos profissionais.^{19,27}

Pelo *Job Stress Scale* detectou-se que aproximadamente um terço da população exibia “alta demanda psicológica” e 19% reportou “alto desgaste”, o que merece atenção, visto a associação dessas variáveis com “exaustão” e “despersonalização”. Essa relação corrobora outros estudos que alegam que o ambiente de ESF é um agente estressor.^{6,19,28}

Os médicos estressados e emocionalmente exaustos sentem-se sobrecarregados e mais frustrados com seus empregos.⁶ Reforçando a sobrecarga dos médicos, os indicadores da síndrome de *Burnout* também foram associados ao “esforço acima da média” e “comprometimento excessivo”, detectados pelo Desequilíbrio-Esforço-Recompensa. Alguns desses fatores aumentaram em mais de 8 vezes a chance de “exaustão” e mais de 10 vezes a chance de “despersonalização”.

Os dados de “razão esforço-recompensa” do Desequilíbrio-Esforço-Recompensa também se associaram aos parâmetros da síndrome de *Burnout*, mostrando o impacto do desequilíbrio entre o grande esforço despendido no trabalho e a baixa recompensa recebida. A desvalorização econômica do profissional, insatisfação com as atividades assistenciais, a perda de prestígio frente à sociedade, a insegurança em relação ao vínculo com a ESF, associadas à dependência de interesses político, altas cargas assistenciais e a pressão excessiva também são explorados em outros estudos como fatores desencadeadores de insatisfação, baixa realização profissional e estresse laboral.^{27,29}

No quesito qualidade de vida apenas o aspecto “psicológico” foi reportado como satisfatório, e praticamente todos os itens foram associados com os parâmetros de “exaustão” e “despersonalização”. Esses resultados reforçam que o modelo de trabalho adotado pelos médicos da ESF não lhes assegura uma boa qualidade de vida. Pode-se inferir que conciliar relações familiares/sociais, domínio físico e ambiente com relações de trabalho é difícil para a maioria desses profissionais, pois o estresse interfere na qualidade de vida, sendo prejudicial à vida familiar e trabalhista.²⁸

A ESF tem atraído jovens médicos, sem experiência profissional, a maioria com idade inferior a 30 anos, como uma opção para a inserção no mercado de trabalho apesar dos baixos salários, falta de infraestrutura, riscos biológicos e problemas relativos à organização do trabalho.^{19,30} O fato do jovem profissional ter que lidar com essas dificuldades laborais, enquanto falha em atingir suas altas expectativas, concretizar anseios, idealizações e desejos, promove o aparecimento do estresse profissional.⁶ Apesar do alto esforço despendido pelo profissional para obter resultados satisfatórios, muitas vezes ele se defronta com limitações institucionais, que levam a um sentimento de baixa realização profissional, desapontamento e desgaste.^{5,31}

Outro fator que pode influenciar o estresse laboral dos médicos na ESF é o modelo utilizado na organização do trabalho, via Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).²⁶ O programa define as atribuições dos médicos e os força a uma busca desenfreada por resultados, numa tentativa de introjeção de missão e valores.^{21,25} Embora o objetivo do PMAQ-AB seja a satisfação dos usuários do serviço, ele não garante uma estrutura sólida para sua realização e pode, em alguns casos, ser uma forma de prescrição do trabalho em saúde. Sugerem-se em estudos futuros a avaliação deste programa no estresse profissional.

Implicações para a pesquisa na área e/ou para a prática dos profissionais

As condições de saúde mental do médico na ESF podem repercutir na qualidade dos serviços prestados à população. O profissional acometido pelo *Burnout* fica desmotivado para seu trabalho, o que acarreta em perda da qualidade da assistência no campo da saúde pública.⁷ O esgotamento profissional dificulta o processo de tomada de decisão clínica, resultando em ineficiência da gestão das despesas farmacêuticas e laboratoriais.^{4,6} Além disso, a exaustão os torna mais insensíveis e aumenta as chances de abandono no trabalho.^{5,6}

Conforme determinado na Política Nacional de Saúde do Trabalhador, os gestores devem desenvolver estratégias para identificar situações de risco ou produção de agravos à saúde do trabalhador, adotando medidas de controle quando necessário.^{21,32} No Brasil, a síndrome é considerada risco ocupacional e é contemplada em leis federais de auxílio ao trabalhador, no campo de transtornos mentais e do comportamentos relacionados ao trabalho.³³

Conclusões

Os resultados indicam que todos os médicos da ESF de Montes Claros avaliados apresentavam a síndrome de *Burnout* em um grau moderado. Os principais fatores associados à síndrome foram alta demanda psicológica e profissional, alto desgaste e esforço, comprometimento excessivo ao trabalho e desbalanço na razão esforço-recompensa, além de atributos de qualidade de vida como condições físicas, sociais e ambientais.

Medidas preventivas e interventivas devem ser tomadas para a diminuição do estresse laboral dos médicos para prevenir a ocorrência do *Burnout* e permitir um melhor desempenho profissional. Para melhor conhecimento do tema, são necessárias outras investigações, avaliando novos contextos, pois esses estudos são escassos. Uma abordagem qualitativa das questões expostas pode ser útil para apreender significados e percepções dos sujeitos acometidos pela síndrome.

Referências

1. National Institute for Occupational Safety and Health. STRESS...At Work; 1999 [cited 2017 Apr 18]. Available from: <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>
2. Trigo TR, Teng CT, Hallak JEC. Síndrome de Burnout ou estafa profissional e os transtornos psiquiátricos. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(5):223-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000500004>
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav.* 1981;2:99-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>

4. Kushnir T, Greenberg D, Madjar N, Hadari I, Yermiahu Y, Bachner YG. Is burnout associated with referral rates among primary care physicians in community clinics? *Fam Pract*. 2014;31(1):44-50.
5. Morelli, SG, Sapede M, Silva ATC. Burnout em médicos da Atenção Primária: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(34):1-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(34\)958](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(34)958)
6. Trindade LL, Lautert L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(2):274-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200005>
7. Benevides-Pereira AMT. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. *Rev Eletrônica InterAção Psy*. 2003;1(1):68-75.
8. Freire PL, Trentin JP, de Avila-Quevedo L. Trends in burnout syndrome and emotional factors: an assessment of anesthesiologists in Southern Brazil, 2012. *Psychol Health Med*. 2016;21(4):413-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/13548506.2016.1139143>
9. Albuquerque FJB, Melo CF, Araújo Neto JL. Avaliação da síndrome de Burnout em profissionais da Estratégia Saúde da Família da capital paraibana. *Psicol Reflex Crit*. 2012;25(3):542-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000300014>
10. Martins LF, Laport TJ, Menezes VP, Medeiros PB, Ronzani TM. Esgotamento entre profissionais da Atenção primária à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(12):4739-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.03202013>
11. Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):327-38. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.23602015>
12. Carlotto MS, Câmara SG. Propriedades psicométricas do Maslach Burnout Inventory em uma amostra multifuncional. *Estud Psicol (Campinas)*. 2007;24(3):325-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000300004>
13. Karasek RA Jr. Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. *Adm Sci Q*. 1979;24(2):285-308. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2392498>
14. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev Saúde Pública*. 2004;38(2):164-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000200003>
15. Urbanetto JS, Silva PC, Hoffmeister E, de Negri BS, da Costa BEP, Figueiredo CEP. Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. *Rev Latino-Am Enferm*. 2011;19(5):1122-31. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500009>
16. Siegrist J, Marmot M. Health inequalities and the psychosocial environment-two scientific challenges. *Soc Sci Med*. 2004;58(8):1463-73. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00349-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00349-6)
17. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00009-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00009-4)
18. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Rev Saúde Pública*. 2000;34(2):178-83. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000200012>
19. Cubillo ACM, Guevara JC, Bravo JJM, Riguera MJP, Castro MLG, Sanz AG. Evolución del burnout y variables asociadas em los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44(9):532-9.
20. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
21. Dos Santos SCR, Viegas AIF, Morgado CIMO, Ramos CSV, Soares CND, Roxo HMCJ, et al. Prevalência de burnout em médicos residentes de Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2017;12(39):1-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1430](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1430)
22. Silva SCPS, Nunes MAP, Santana VR, Reis FP, Machado Neto J, Lima SO. A síndrome de burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde de Aracaju, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(10):3011-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.19912014>
23. Lee S, McCann D, Messenger JC. Duração do trabalho em todo o mundo: tendências de jornadas de trabalho, legislação políticas numa perspectiva global comparada. Brasília: Organização Internacional do Trabalho; 2009.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2017.

25. Moraes PN, Iguti AM. Avaliação do desempenho do trabalhador como forma peculiar de prescrição do trabalho: uma análise do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2013;37(98):416-26.
26. Shimizu HE, Carvalho-Junior DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2405-14. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000900021>
27. Feliciano KVO, Kovacs MH, Sarinho SW. Burnout entre médicos da saúde da família: os desafios da transformação do trabalho. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(8):3373-82. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900004>
28. Marcelino G, Cerveira JM, Carvalho I, Costa JA, Lopes M, Calado NE, et al. Burnout levels among Portuguese Family doctors: a nationwide survey. *BMJ Open*. 2012;2(3). pii: e001050. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001050>
29. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde Debate*. 2014;38(100):26-34.
30. Carreiro GSP, Ferreira Filha MO, Lazarte R, Silva AO, Dias MD. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia Saúde da Família. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013;15(1):146-55.
31. Miranzi SSC, Mendes CA, Nunes AA, Iwamoto HH, Miranzi MAS, Tavares DMS. Qualidade de vida e perfil sociodemográfico de médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Med Minas Gerais*. 2010;20(2):189-97.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
33. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1991.